

Proposta de Seguro

Trabalhadores Independentes



GENERALI
Acidentes de Trabalho

Novo
 Alteração à Apólice

Domiciliação Bancária

Sim Não

Doc n.º

Apólice n.º

Início do Seguro / Alteração

□□.□□.□□□□

Termo do Seguro

□□.□□.□□□□

Acerto de vencimento para:

□□.□□ de cada ano

Mediador N.º □□□□□□

Cobrador N.º □□□□□□

Duração do contrato:

1 Ano e Seguintes

Temporário
(12 Meses)

Forma de Pagamento:

Anual

Semestral

Única

Novo - Preencher todos os quesitos necessários à efectivação do Seguro.

Alteração - Indicar o n.º de Apólice, a Data de Início pretendida e o nome do Tomador e preencher somente os quesitos que são alterados.

Tomador do Seguro/Pessoa Segura

Cliente do GRUPO

(Não Abreviar o apelido nem os três primeiros nomes)

Nome _____ B.I. □□□□□□□□

Morada _____ Código Postal □□□□.□□□

Localidade _____ Concelho _____ E-mail _____

Telefones: Casa □□□□□□□□ Local de Trabalho □□□□□□□□ Telemóvel □□□□□□□□

Sexo M F Data de Nascimento □□.□□.□□ Estado Civil: _____ Nº de Dependentes □□

Nacionalidade _____ Profissão/Actividade _____ C.A.E. □□□□□□

Data de Início Profissão/Actividade □□.□□.□□ Identificação Fiscal/Cód. de Repartição □□□□□□□□.□□□□

Local de Cobrança _____ Código Postal □□□□.□□□

SEGURO OBRIGATÓRIO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Coberturas e Modalidade de Seguro

Coberturas: Legais (as exigíveis pela legislação de Acidentes de Trabalho, conforme Condições Gerais da Apólice)

Modalidade de Seguro: Prémio Fixo com Nomes (1)

Remuneração Anual a Segurar (2) □□□□□□□□□□

Notas:

(1) Relativamente ao seguro na modalidade de Prémio Fixo, a remuneração segura será actualizada na data de entrada em vigor da nova remuneração mínima mensal garantida mais elevada, até ao limite e nos termos consignados nas Condições Gerais. É interdita a subscrição de seguros sem nomes.

(2) A determinação da remuneração segura, ou seja, do valor na base do qual são calculadas as responsabilidades cobertas pela apólice, é sempre da responsabilidade do Tomador de Seguro, não podendo, contudo, ser inferior a 14 vezes a remuneração mínima mensal garantida mais elevada. Para qualquer valor superior ao mínimo referido, a Seguradora reserva-se o direito de exigir prova de rendimento. Para efeitos de indemnização, a remuneração mensal será sempre a que resultar da divisão por doze da verba indicada e a remuneração diária será o resultado da divisão por trinta da verba mensal.

Extensões de Cobertura/Derrogação de Riscos Excluídos (poderão ser cobertos mediante o pagamento de sobreprémio) Assinale com x

Pretende que o seguro seja válido no território de Estados membros da União Europeia onde exerce a sua actividade, por períodos superiores a 15 dias? Se sim, qual o período consecutivo de dias que pretende segurar? □□ dias

Pretende que o seguro seja válido no território de Estados não membros da União Europeia? Se sim, indique: Nome dos países _____ e qual o período consecutivo de dias que pretende segurar? □□ dias

Pretende cobrir as despesas efectuadas em território estrangeiro e resultantes de acidente aí ocorrido, relativas a assistência médica, medicamentosa ou hospitalar e a transportes ou repatriamento?

Pretende cobrir os acidentes devidos a distúrbios laborais, tais como assaltos, greves e tumultos?

Pretende cobrir os acidentes devidos a actos de terrorismo e de sabotagem, rebelião, insurreição, revolução e guerra civil?

Pretende cobrir os acidentes devidos a invasão e guerra contra país estrangeiro (declarada ou não) e hostilidades entre nações estrangeiras (quer haja ou não declaração de guerra) ou de actos bélicos provenientes directa ou indirectamente dessas hostilidades?

SEGURO FACULTATIVO DE ACIDENTES PESSOAIS**Riscos e Coberturas****Riscos:** Extra-Profissionais (só abrangem os acidentes que não sejam considerados acidentes de trabalho, nos termos da legislação aplicável)**Coberturas:** Morte e Invalidez (MIP) e Despesas de Tratamento e Repatriamento (DTR)**Tarifa para o Seguro de Acidentes Pessoais (Em Euros)**

MÓDULO	MIP	DTR	PRÉMIO TOTAL (1e 2) (Sem utilização de Veículos 2/3 Rodas)	PRÉMIO TOTAL (1e 2) (Com utilização de Veículos 2/3 Rodas)
<input type="checkbox"/> 1	10.000	1.000	26,29	34,69
<input type="checkbox"/> 2	15.000	1.500	34,63	46,37
<input type="checkbox"/> 3	20.000	2.000	42,51	57,39
<input type="checkbox"/> 4	25.000	2.500	50,62	68,74

Notas:

(1) O prémio total já inclui a importância de Euros 5,30 (Custo de apólice + INEM + selo);

(2) Os prémios da tarifa não incluem qualquer sobreprémio ou agravamento para cobrir qualquer das opções previstas nas "Extensões de cobertura / Derrogação de riscos excluídos", o qual será fornecido pela Seguradora, caso por caso.

Extensões de cobertura / Derrogação de riscos excluídos (poderão ser cobertos mediante o pagamento de sobreprémio) Assinale com x Prática de desportos como amador em provas integradas em campeonatos e respectivos treinos.

Se sim, quais os desportos cuja prática pretende que seja garantida? _____

 Prática de desportos como profissional?

Se sim, quais os desportos cuja prática pretende que seja garantida? _____

 Caça a animais ferozes Desportos de Inverno Boxe Karate e outras artes marciais

Prática como amador de:

 Para-quedismo Escafandrisimo Tauromaquia Outras. Indique quais: _____ Utilização de aeronaves para além das consideradas nas condições gerais Utilização de tractores? Cataclismos da natureza Actos de guerra, terrorismo e perturbações da ordem pública Utilização de transporte de materiais radioactivos**Beneficiários (indique quais os beneficiários deste seguro em caso de Morte)****Nomes****Grau de parentesco****% do Capital Seguro**

Nomes	Grau de parentesco	% do Capital Seguro
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Questionário Geral (Favor responder integralmente aos quesitos)

Local ou locais onde exerce a sua actividade? _____

Trabalha em? Escritório Estabelecimento Armazém Oficina Fábrica No ExteriorEstá ligado a alguma entidade patronal? Sim Não Se Sim, Nome da Empresa? _____Desloca-se com frequência? Sim Não Qual o meio de transporte habitual? _____Utiliza veículos de 2/3 rodas? Sim Não É transportado em tractores ou atrelados? Sim NãoConduz tractores? Sim Não Efectua transportes internacionais? Sim NãoA actividade profissional também é exercida no estrangeiro? Sim Não Se Sim Nome dos Países _____

Entrega-se a trabalhos manuais de maneira activa ou apenas dirige ou vigia? _____

Utiliza máquinas e equipamentos de especial perigosidade Sim Não Têm protecção adequada? Sim NãoManipula substâncias perigosas ou usa explosivos? Sim Não Quais? _____Trabalha em/com: Andaimos? Telhados? Pontes? Minas? Poços? Pedreiras? Guindastes/Gruas?Já foi vítima de acidente corporal? Sim Não Circunstâncias e consequências? _____Tem alguma deficiência ou incapacidade? Sim Não Se Sim, qual o grau de desvalorização atribuída? _____ %É canhoto? Sim Não Cumpre todas as normas e regulamentos de higiene e segurança em vigor para a sua actividade? Sim Não Dispõe de meios de protecção individual? Sim Não Se Sim, são os mesmos utilizados? Sim NãoTem algum seguro de Acidentes ou Vida Sim Não Se Sim, Indique a Seguradora, n.º de apólice, capitais e coberturas

Estão em vigor ou anulados? _____

Sofre ou já sofreu de alguma doença ou alteração do estado de saúde, nomeadamente, paralisia, hérnia discal, reumatismo, gota, dor ciática, redução das faculdades visuais ou auditivas, enfermidades da espinha ou medulares, doenças neurológicas ou mentais, epilepsia, depressões, síncope, vertigens, doenças do coração e do aparelho circulatório, varizes, má circulação, derrames, flebite, albuminúria, sífilis, VIH, diabetes, hipertensão, alcoolismo, toxicoddependência, susceptíveis de proporcionar acidentes, agravar as suas consequências ou demorar a cura das lesões? Em caso afirmativo, especifique os tratamentos efectuados, datas e nome do médico assistente.

Declarações Eventuais

Questionário Geral Obrigatório

O risco que pretende cobrir está ou esteve seguro, no seu todo ou em parte noutra Seguradora? Sim Não

Se Sim, Indique qual a Seguradora? _____ N.º de Apólice? _____ Taxa? _____

A apólice está anulada? Sim Não Se Sim, qual o motivo? _____

Existem débitos por liquidar à anterior Seguradora? Sim Não Se Sim, especifique _____

Importante

Os dados recebidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Seguradora. As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório quer facultativo, são da responsabilidade do cliente. Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação mediante contacto directo ou por escrito, junto das dependências da Seguradora.

O cliente autoriza a Seguradora a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto dos organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual. Autoriza igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob o regime de absoluta confidencialidade, às Empresas que integrem o Grupo Generali.

O Tomador de Seguro ao assinar esta proposta garante a exactidão das declarações, nada tendo omitido que possa induzir em erro a Assicurazioni Generali na apreciação do risco cujo seguro propõe, ainda que esta tenha sido preenchida por terceiros e por si apenas assinada. Mais declara que lhe foram dadas a conhecer as Condições Contratuais que regulam este Seguro.

Atenção

Confira se respondeu a todos os quesitos.

Se tiver sido outra pessoa a responder e a preencher este formulário, não assine sem confirmar que todas as respostas dadas são exactas.

O Proponente/Tomador de Seguro

_____, _____ de _____ de 20____
Local e Data

Nome do Mediador _____ Assinatura do Mediador _____

Reservado aos Serviços da Seguradora

Isenções: Encargos Selo - Anexar comprovativos

Custo Apólice/Acta Juros sobre fraccionamento do prémio

Franquias: Com desconto no prémio Sem desconto no prémio

ACIDENTES DE TRABALHO: Taxa Técnica		CAE <input type="text"/>	CEA <input type="text"/>
Sobretaxas por Derrogação de Exclusões			
Subtotal			
Outros Agravamentos / Descontos			
Taxa Técnica Final		Taxa Comercial Final	
Prémio Técnico		Prémio Comercial	
Prémio Total a Cobrar			


Por débito da minha/nossa conta abaixo indicada queiram proceder ao pagamento das importâncias que lhes forem apresentadas por **Generali - Companhia de Seguros S.p.A.**

NIB

Nome _____
(Titular da Conta)

Ano Mês Dia
Data
Tipo de documento

Autorização de Débito Directo

	Número de Entidade <input type="text"/>
	Referência <input type="text"/>
O TALÃO EMITIDO PELO CAIXA AUTOMÁTICO FAZ PROVA DA ACTIVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO. CONSERVE-O.	


Débitos Directos

Assinatura(s)

